

PROJET

Dons aux micro-projets locaux contribuant à la sécurité humaine(APL)

**AMBASSADE DU JAPON
B.P.2259 Libreville – GABON
TEL : 01 73 22 97 FAX : 01 73 60 60**

I. DETAILS DU PROJET :

1. TITRE DU PROJET : _____

2. SITE DU PROJET :

-EMPLACEMENT : _____

-PROVINCE : _____

-DISTANCES PAR RAPPORT AUX VILLES CONNUES ET LES PLUS PROCHES

NOM DE LA VILLE : _____ DIRECTION : _____

DISTANCE : _____ KM

3. PROBLEMES ACTUELS :

4. OBJECTIFS DU PROJET A ATTEINDRE :

Formulaire de demande d'aide pour APL

5. DESCRIPTION DETAILLEE DU PROJET :

6. POPULATION ESTIMEE DEVANT BENEFICIER DU PROJET

7. EFFETS ATTENDUS DU PROJET (décrire la relation entre le projet et les objectifs et expliquez en détail comment le projet contribuera à la réalisation des objectifs fixés)

8. COUT TOTAL ESTIMÉ DU PROJET

(Veuillez joindre la liste détaillée des équipements que vous achetez avec le fonds de l'APL.)

9. SI LE COUT TOTAL DÉPASSE LE BUDGET DE L'APL(40millions de F.CFA), COMMENT COMPTEZ VOUS FINANCER LE RESTE?

Formulaire de demande d'aide pour APL

II. ORGANISME BENEFICIAIRE :

1. NOM : _____

2. ADRESSE COMPLETE :

VILLE / PROVINCE : _____

3. N° TEL et FAX : _____

- CEL : _____ / - E-MAIL : _____

4. RESPONSABLE DU PROJET

NOM ET PRENOM _____

TITRE _____

ADRESSE _____

- TEL : _____ / - FAX : _____

- CEL : _____ / - E-MAIL : _____

5. PERSONNE A CONTACTER

NOM ET
PRENOM _____

ADRESSE _____

- TEL : _____ / - FAX : _____

- CEL : _____ / - E-MAIL : _____

6. VOTRE ORGANISME A-T-IL DEJA RECU UNE ASSISTANCE FINANCIERE
OU TECHNIQUE DES ORGANISATIONS SUIVANTES (si oui, veuillez
remplir)

Formulaire de demande d'aide pour APL

	OUI/NON	NOM DE L'ORGANISME ET NATURE DU DON ET DE CETTE CONTRIBUTION	MONTANT	ANNEE
GOUVERNEMENT GABONAIS				
GOUVERNEMENT JAPONAIS				
GOUVERNEMENTS ETRANGERS				
ORGANISATIONS INTERNATIONALES (ONGs)				
AUTRES (PRECISEZ)				

Formulaire de demande d'aide pour APL

7. REPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES CONFORMEMENT A LA NATURE DE VOTRE ORGANISME (remplissez la colonne vous concernant) :

Insérer tout document ou livret de présentation de l'organisation

Organisation Non-Gouvernementale (ONG)	Etablissement Scolaire/ Institut de Recherche	Hôpital, autre Institut Médical, Etc.	Communautés locales
Année de création :	Année de création :	Année de création :	Population :
Nombre d'employés :	Nbre d'enseignants Nbre d'élèves	Nombre de médecins	Estimation du budget (chaque année fiscale) * Une documentation complète et détaillée serait souhaitable
Objectif :	Nbre de salle de classe Domaine de recherche (pour les instituts)	Nbre d'infirmiers(es) Nbre de lits	Problèmes et situations actuelles dans le domaine sous la juridiction du demandeur
Activités principales	Genre d'établissement	Catégorie de Fonds (encercler une) • Publics • Privés • ONGs Services médicaux fournis	

Formulaire de demande d'aide pour APL

8. DECRIRE BRIEVEMENT VOS ACTIVITES

Je certifie par la présente que les informations fournies dans ce formulaire sont sincères et correctes et, si nécessaire je fournirai de plus amples informations à la demande de l'Ambassade du Japon. Il est entendu que c'est seulement une demande et qu'aucune objection de ma part ne sera faite si cette demande m'est refusé à la suite de l'évaluation du projet.

DATE : _____

NOM : _____

TITRE : _____

AIDE NON REMBOURSABLE POUR MICRO-PROJETS LOCAUX (APL)

VEUILLEZ REMPLIR LE FORMULAIRE DE DEMANDE D'AIDE POUR VOTRE PROJET EN PRESENTANT LES DOCUMENTS CI-APRES :

1. FACTURES PROFORMA DES MARCHANDISES/ SERVICES
2. BROCHURE OU DOCUMENT PRESENTANT L'ORGANISME ET RAPPORT D'ACTIVITES DE L'ORGANISME(FACULTATIF)
3. AUTRES DOCUMENTS PERMETTANT DE MIEUX CONNAITRE L'ORGANISME ET LE PROJET(FACULTATIF)

AMBASSADE DU JAPON